

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 juin 1893, à 1 heure

Par A.-J. KAMINER

Né à Odessa (Russie), le 1^{er} décembre 1865

Ancien externe des hôpitaux

ESSAI

SUR LE

CANCER DE L'ISTHME DE L'UTÉRUS

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. (TILLAUX, professeur.
(JALAGUIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 juin 1893, à 1 heure

Par A.-J. KAMINER

Né à Odessa (Russie), le 1^{er} décembre 1865

Ancien externe des hôpitaux

ESSAI

SUR LE

CANCER DE L'ISTHME DE L'UTÉRUS

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
JALAGUIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MES FILS CHÉRIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

ESSAI
SUR LE
CANCER DE L'ISTHME DE L'UTÉRUS

AVANT-PROPOS

Dans notre modeste travail nous voulons appeler l'attention des praticiens sur une forme clinique spéciale du cancer de l'utérus.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Hartmann, chirurgien des hôpitaux, assistant de notre maître, le professeur Terrier, nous pouvons donner ici deux intéressantes observations d'une forme de cancer utérin passée jusqu'ici inaperçue, *le cancer de l'isthme*, qui mérite d'être décrite à part, car elle possède des symptômes spéciaux et s'accompagne de lésions anatomiques qui lui sont propres.

Qu'il nous soit permis avant de commencer d'adresser à M. le Dr Hartmann, qui nous a donné l'idée de ce travail et dont les précieux conseils nous ont été si utiles, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous saisissons aussi cette occasion pour le remercier

de la sollicitude qu'il a bien voulu nous témoigner pendant que nous étions externe dans le service de notre maître, M. le professeur Terrier.

Nous sommes heureux de pouvoir rendre un public hommage de gratitude à notre maître, M. le Dr Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris et médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans le service duquel nous avons passé nos six premiers mois d'externat et qui a toujours été si plein de bonté pour nous.

Nous remercions MM. les D^{rs} Oulmont et Lacombe, médecins des hôpitaux, de la bienveillance dont ils nous ont honoré lorsque nous étions externe dans leurs services.

Que notre cher maître, M. le professeur Terrier, veuille bien agréer l'assurance de notre affectueuse et sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Au point de vue clinique on distinguait toujours deux formes de cancer de l'utérus : celui du col et celui du corps.

Mais dans ces temps derniers les auteurs allemands et anglais ont voulu baser la classification du cancer de l'utérus sur son anatomie pathologique.

En s'arrêtant plus principalement sur le cancer du col, les auteurs allemands en reconnaissent trois variétés : le cancroïde de la portion vaginale, le carcinome de la muqueuse cervicale et le carcinome du col, tandis que John Williams n'en admet que deux, l'épithéliome de la portion vaginale et l'épithéliome intra-cervical.

On sait que la paroi du vagin, ainsi que la portion vaginale du col, sont tapissées par un épithéliome pavimenteux, et que la muqueuse de la cavité utérine et celle du canal cervical, qui n'est que son prolongement, présentent un épithéliome cylindrique, d'où la division du cancer du col en celui de la portion vaginale qui est un épithélioma pavimenteux et en cancer du canal cervical qui est un épithélioma cylindrique.

On pourra, pensons-nous, lorsque les observations sur le cancer de l'isthme de l'utérus seront plus nombreuses, distinguer au point de vue clinique à cette dernière variété, intra-cervicale, deux formes : l'épithélioma du

canal cervical proprement dit et l'épithélioma de sa partie supérieure, ou l'épithélioma de l'isthme de l'utérus qui déborde sur la cavité du corps.

Nous avons parcouru la littérature médicale française, allemande et anglaise, pour rechercher les observations conformes aux nôtres.

Malgré nos efforts toutes nos recherches ont échoué.

Dans son remarquable traité sur le cancer de l'utérus John Williams effleure très superficiellement le sujet qui nous intéresse.

A la page 66 de son traité il parle du cancer qui peut débiter non seulement dans le segment inférieur du col, mais aussi dans sa partie supérieure, au niveau de l'orifice interne. Et il en cite deux observations. Il note l'*hypertrophie du corps de l'utérus*. « Dans ces cas-là, ajoute-t-il, il se produisait un écoulement intermittent *par crises*. »

Pour faire bien sortir la différence qu'il y a au point de vue surtout clinique entre le cancer de l'utérus et celui de l'isthme, nous nous proposons de faire tout d'abord une description fort courte de l'épithélioma du col et du corps de l'utérus après quoi viendra celle de l'épithélioma de l'isthme.

Nous diviserons donc notre travail en deux parties.

Dans la première nous décrirons les différentes formes du cancer de l'utérus en insistant sur le côté clinique et les symptômes de début qui au point de vue de l'intérêt des malades jouent un si grand rôle, en fournissant des indications pour l'intervention chirurgicale de bonne heure.

La seconde partie sera consacrée à la description du cancer de l'isthme dont l'anatomie-pathologique est si intimement liée avec celle du cancer de l'utérus, qu'elle a nécessité de notre part un développement assez long sur leur anatomie-pathologique dans notre première partie.

PREMIÈRE PARTIE

Cancer du col et du corps de l'utérus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons déjà vu que le cancer du col prend comme point de départ le museau de tanche ou l'intérieur de la cavité cervicale.

Le cancer de la portion vaginale du col ressemble au point de vue de sa nature histologique et de son évolution clinique au cancer du vagin et a comme lui la tendance à infiltrer le tissu cellulaire pelvien, les cloisons recto et vésico-vaginales.

L'épithéliome prolifère habituellement au fond des sillons interpapillaires. Ce sont des épithéliomes pavimenteux lobulés ou tubulés.

L'épithéliome pavimenteux se développe ici comme partout ailleurs en deux types différents.

Tantôt le processus aboutit à la formation des masses charnues, volumineuses, lobulées, dures par ici, molles par là, friables, vasculaires, saignantes au moindre contact.

C'est la forme dite hypertrophique, proliférante, papillaire ou bourgeonnante.

Tantôt au lieu de se développer en saillie ils creusent en profondeur, infiltrant l'épaisseur du col, forment des ulcérations, des cavernes par éliminations des tissus.

C'est la forme interstitielle ou térébrante.

Très souvent dès son début déjà, le cancer de la portion vaginale envoie des fusées tout d'abord vers le cul-de-sac le plus voisin et plus tard vers les parois du vagin.

Le cancer de la portion vaginale du col n'a pas de tendance à envahir le corps de l'utérus.

La lésion de la muqueuse de la cavité utérine qui se rencontre habituellement dans le cancer du col est de la métrite.

« C'est en large, comme le dit fort bien M. Delbet, du côté du tissu cellulaire dans les sens des lymphatiques que s'étend l'épithéliome pavimenteux de la portion vaginale ».

Dans une période plus avancée de la maladie nous trouvons donc dans le plancher pelvien les vaisseaux et ganglions lymphatiques indurés, rigides, immobilisant l'utérus, les nerfs envahis ; et comme conséquence des douleurs intenses apparaissent.

L'uretère est souvent comprimé, d'où impossibilité pour l'urine de passer dans la vessie. Le canal alors se dilate, la rétro-dilatation remonte jusqu'au bassin et aux calices et le rein se prend.

L'envahissement du rectum est moins fréquent que celui de la vessie.

Le cancer du canal cervical, ainsi que nous le savons

déjà, est constitué par un épithéliome cylindrique qui paraît débiter, non dans la muqueuse, mais dans les glandes.

En faisant une coupe d'une glande à l'état normal, on n'y trouve qu'une couche de cellules; dans le cas de l'épithélioma on en voit plusieurs superposées. Les couches plus profondes sont constituées par des cellules cylindriques; celles du centre par des cellules de forme irrégulière. On trouve souvent toute l'alvéole occupée par des cellules. A une période plus avancée de la lésion on voit les cellules épithéliales les plus externes reposer directement sur le tissu conjonctif, parfois même sur le tissu musculaire lisse.

Au point de vue macroscopique, les épithéliomes du canal cervical forment tantôt des tumeurs saillantes, presque polypeuses qui apparaissent au niveau de l'orifice externe; tantôt, et cela est plus fréquent, le néoplasme infiltre le tissu utérin qui prend une dureté ligneuse. S'il a débuté au voisinage de l'orifice externe, celui-ci s'entr'ouvre, ses lèvres se renversent en dehors et forment un ectropion néoplasique.

Dans la plupart des cas, cette variété du cancer du col a la tendance à s'étendre en bas vers le vagin, mais surtout du côté du tissu cellulaire pelvien et il infecte rapidement le septum vésico-utérin.

Le cancer du corps de l'utérus ressemble tout à fait à celui de la cavité cervicale. Ce sont des épithéliomes formés de tubes très larges, fréquemment anastomosés et séparés seulement par de très minces travées conjonctives. Dans chaque tube qui a l'aspect d'un cercle, on

voit plusieurs couches de cellules superposées. La couche externe qui repose sur le tissu conjonctif ou bien directement sur le tissu musculaire est formée de cellules cylindriques.

Les cellules des couches superposées deviennent polyédriques, irrégulières, et plus elles se rapprochent du centre de la cavité plus elles deviennent irrégulières.

Au point de vue macroscopique, les épithéliomes du corps de l'utérus se divisent en deux catégories : tantôt ils forment dans la cavité utérine des tumeurs saillantes largement sensibles, quelquefois pédiculées, polypiformes ; tantôt le néoplasme se développe dans l'épaisseur de la paroi utérine qui par le processus lent d'ulcération se détruit.

Les épithéliomes infiltrés, interstitiels, s'étendent en profondeur et en surface ; ils peuvent s'étendre dans toute la cavité utérine.

Cette forme diffuse est la plus commune.

SYMPTOMATOLOGIE

Le cancer du col présente dans son évolution trois périodes. La première est latente, la seconde est caractérisée par les hémorrhagies et les écoulements et la troisième par les douleurs et la cachexie amenant la mort à bref délai.

La première période qui correspond aux formations des bourgeons, des végétations ou de l'infiltration du tissu ne se révèle par aucun signe, et il est non seulement difficile, mais encore impossible de la diagnostiquer.

Plus tard surviennent les altérations des tissus malades qui se traduisent par l'apparition des hémorrhagies et des écoulements. C'est à ce moment qu'il est utile de diagnostiquer la lésion, puisque il est encore temps par l'intervention chirurgicale de donner à la malade sinon la guérison au moins une survie quelquefois assez longue.

Le néoplasme infiltrant le tissu altère aussi les parois des vaisseaux, les rend facilement friables, d'où apparition des hémorrhagies. Si ce sont des gros vaisseaux qui se rompent nous avons une forte hémorrhagie ; si ce ne sont que des petits capillaires, nous avons des petites pertes de sang qui se mêlent aux écoulements ichoreux.

Chez une jeune femme l'hémorrhagie apparaît sous forme tantôt de ménorrhagie, tantôt de métrorrhagie. Les femmes qui ont passé leur ménopause sont au début de

la maladie tout à fait étonnées de voir réapparaître leur règles qui peu à peu deviennent constantes.

La désagrégation des tissus suivie de leur élimination est la cause principale des écoulements qui précèdent souvent les hémorrhagies, ou dans les autres cas ne surviennent qu'après leur apparition.

Parfois ils sont très précoces. Ils sont constitués par la nécrose des tissus infiltrés, sécrétions glandulaires, caillots sanguins et des desquamations épithéliales.

Leur odeur fétide devient plus tard telle qu'elle rend la vie à charge aux malades.

En précédant souvent l'apparition des hémorrhagies les écoulements simulent tout d'abord par leur aspect des flueurs blanches, mais bientôt le liquide devient clair, fluide, comme de l'eau, empèse le linge, avec recrudescence avant et après les règles.

Si les écoulements atteignent des proportions considérables il est très probable qu'on a affaire à un épithélioma.

Un peu plus tard s'y mêle un peu de sang et les eaux rousses apparaissent, signe presque pathognomonique du cancer.

Deux autres signes intéressants à noter sont des douleurs et des écoulements sanguins après chaque fois des rapports sexuels.

Les grandes douleurs qui dans le cancer du col surviennent assez tard et qui dans le cancer du corps sont précoces, peuvent être expliquées par l'envahissement du néoplasme les ligaments larges, l'infiltration des nerfs et leur compression dans le petit bassin.

Ces douleurs siègent dans le petit bassin, dans les reins avec irradiation dans les membres inférieurs.

En même temps, ou un peu plus tard à ces douleurs qu'on appelle aussi douleurs cancéreuses, viennent s'ajouter des souffrances d'une autre nature.

Nous avons déjà vu que les écoulements ichoreux deviennent à un moment donné très abondants et fétides. Leur contact irrite le vagin, le périnée, les faces internes des cuisses. Il apparaît une rougeur diffuse, il se forme des vésicules, des érosions d'où nouvelles souffrances qui aggravent encore plus l'état de la malade.

A une période plus ultime, le néoplasme infiltre le triangle vésical. Il se forme une sphacèle qui détruit bientôt cette paroi; apparaît une fistule, l'urine s'écoule dans le vagin, irrite la vulve, les cuisses et détermine des érythèmes douloureux.

Quelquefois plus tard, le rectum est aussi envahi et perforé d'où passage des matières fécales par le vagin.

La cachexie fait son apparition, la peau prend la teinte caractéristique aux cancéreux, de jaune feuille.

Nous venons de voir quelles souffrances provoque l'écoulement abondant et fétide du vagin d'un côté et le passage des urines et des matières fécales par le vagin de l'autre côté; souffrances qui sont provoquées par l'irritation de la vulve, du périnée, des cuisses. Leur épiderme ou leur muqueuse s'altère; il se forme des plaies.

Par cette porte d'entrée il se fait probablement une résorption de produits putrides et elle est une occasion d'infection microbienne qui explique comment apparaît la

fièvre si fréquente pendant l'évolution tardive du cancer (J.-A. Gauthier).

Aussi cela peut être la cause de la lymphangite péri-utérine, de la suppuration des annexes et des *phlegmatias alba dolens* fréquentes à la période terminale du cancer.

Par la plaie utérine, dit M. Gauthier, pénètrent aussi probablement les microorganismes pour déterminer des complications viscérales, comme la broncho-pneumonie, la péricardite, etc., qui conduisent fatalement les malades à la mort.

Une cause très fréquente de la mort est l'urémie qui survient par compression des uretères.

Dans le cancer du corps on voit survenir de bonne heure des métrorrhagies, mais le symptôme caractéristique sont des douleurs intenses et précoces. Ces deux signes rappellent ceux du fibrome. Mais dans les fibromes les douleurs ne surviennent que dans les cas de grosses tumeurs qui provoquent la compression des organes avoisinants tandis que dans le cancer la tumeur peut être petite, et malgré cela les douleurs sont fort intenses.

Plus tard surviennent également des écoulements analogues à ceux du cancer du col quoique moins fétides.

DIAGNOSTIC

De tout ce que nous venons de dire des symptômes du cancer du col, on voit qu'avant même un examen direct fait par le toucher et le speculum, on peut déjà par l'interrogatoire seul de la malade avoir de fortes présomptions en faveur d'un carcinome du col.

Si la malade se plaint de pertes sanguinolentes, abondantes, qui sont suivies des écoulements séro-sanguinolents, d'une odeur fétide, ne s'accompagnant pas de douleurs, il faut songer tout de suite à un carcinome du col sans propagation encore ni au corps, ni aux parties voisines.

On peut donc d'avance dans beaucoup de cas éliminer la métrite qui est accompagnée de pertes sanguines et de pertes blanches. Mais nous avons dans ces cas un signe différentiel, très précieux, c'est la douleur.

Nous savons que tandis que dans la métrite les douleurs apparaissent dès le début de la lésion, dans le cancer du col elles ne surviennent que très tardivement.

Après l'interrogatoire nous passons à l'examen direct de la malade fourni par le toucher et le spéculum.

La forme papillaire est l'épithéliome le plus fréquent de la *portion vaginale*. Par le toucher on arrive sur des masses bourgeonnantes, molles, qui se laissent déchirer

et qui donnent immédiatement du sang quelques précautions qu'on ne prenne. Cette constatation est bien caractéristique.

Dans la forme infiltrée, interstitielle, le doigt arrive sur une surface ulcérée, molle ; l'ongle pénètre dans cette surface et en détache sans difficulté de petits fragments, signe important, propre aux épithéliomes.

Les épithéliomes du *canal cervical* se développent de manière à faire saillie au niveau de l'orifice externe. Dès qu'ils sont ulcérés, ils donnent au doigt la même sensation que les formes précédentes.

L'épithéliome végétant de la portion vaginale et intracervicale forme des petites saillies presque pédiculées. On les pourrait prendre dans le premier cas pour des papillomes simples et dans l'autre pour des polypes muqueux.

Mais ces derniers sont rosés, souples, revêtus d'une muqueuse intacte ; tandis que les pseudo-polypes ou papillomes dans le cas d'épithélioma sont ulcérés, saignants, plus durs, plus friables.

Ils se reproduisent très facilement après qu'on les enlève par le curettage.

Après qu'on a posé le diagnostic du cancer du col, il faut en déterminer la variété. Au début de la maladie cela est facile, à la période ultime très difficile.

Il faut aussi voir si le néoplasme a dépassé l'utérus, si le tissu cellulaire est envahi.

Il resté encore à examiner la vessie, le rectum. Il faut faire le toucher rectal qui permet de sentir les noyaux dans les ligaments utéro-sacrés difficilement accessibles par le vagin.

Quand l'ère de douleurs a commencé, il est fort à craindre que le mal n'ait dépassé les limites de l'utérus et envahi le tissu cellulaire.

La forme ulcéreuse du *cancer du corps* peut être confondue au début avec une endométrite simple, la forme végétante avec un polype ; et quand la tumeur devient perceptible on songe avoir affaire à un fibromyome.

Dans la forme ulcéreuse nous trouvons les trois symptômes suivants : métrorrhagie, souvent écoulements et douleurs, symptômes aussi propres à l'endométrite.

La marche de la maladie édifiera le praticien, mais cela ne suffit pas. La nature du liquide joue un grand rôle. Dans le cancer, comme nous le savons bien, il est profondément fétide, roussâtre et ressemble à la lèvre de chair ; dans l'endométrite il est purulent, beaucoup moins fétide.

Dans la forme végétante nous trouvons dans l'utérus des masses polypiformes. Le diagnostic est difficile lorsque même le polype apparaît à l'orifice externe du col. Comme signes différentiels nous avons de la métrorrhagie, des écoulements plus ou moins abondants et fétides.

Encore un signe différentiel est la métrorrhagie rebelle malgré son traitement.

Si avec une petite tumeur du corps de l'utérus, il existe des douleurs intenses, paroxystiques, sans qu'il existe de péritonite il faut songer plutôt à un cancer du corps de l'utérus qu'à un fibrome.

Nous avons et à plusieurs reprises insisté sur le point qu'il existe quelques signes très précieux pour diagnosti-

quer de bonne heure l'épithéliome du col ou du corps de l'utérus.

Mais en cas de doute, nous avons un procédé très facile qu'il ne faut jamais négliger d'employer pour faire le diagnostic certain.

Nous voulons parler de l'examen histologique.

TRAITEMENT

Nous ne dirons que quelques mots du traitement.

Quand les culs-de-sac et les autres parties voisines sont envahis par des noyaux cancéreux il n'y a pas à intervenir chirurgicalement.

Le devoir du médecin dans ces cas n'est que de soulager les souffrances de la malade.

Comme intervention chirurgicale il y a la cure partielle et la cure, si l'on peut dire, radicale, complète.

Si le col est envahi seulement en partie on peut pratiquer l'amputation infra ou supra vaginale. Mais la tendance actuelle dans la chirurgie même dans ces cas-là est de pratiquer la cure radicale, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale.

DEUXIÈME PARTIE

Cancer de l'isthme de l'utérus.

Maintenant nous allons étudier la forme clinique et anatomique propre au cancer de l'isthme de l'utérus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En examinant les deux pièces anatomiques enlevées par l'hystérectomie vaginale et concernant nos deux observations, nous trouvons au niveau de l'isthme une masse bourgeonnante qui d'une part s'étend dans toute la cavité du col et de l'autre côté remonte dans la partie de la cavité utérine qui est avoisinante à l'isthme et qui est détruite.

La cavité utérine est fort dilatée et augmentée de volume en même temps que ses parois sont épaissies. Il n'y a pas seulement dilatation, il y a comme au début d'une grossesse hypertrophie de la paroi.

Dans notre premier cas (Obs. I), l'hystéromètre a mesuré 13 centimètres.

Au point de vue histologique nous avons affaire comme dans le cancer de la cavité cervicale ou utérine à un épithéliome cylindrique.

Sous le microscope nous voyons tantôt des alvéoles vides, tantôt des alvéoles tapissées d'une couche épaisse de cellules avec une large ouverture centrale. Par place la couche épithéliale se détache comme une lamelle et flotte dans la cavité.

Sous un plus fort grossissement les alvéoles se présentent élargies et tapissées par plusieurs couches de

cellules dont les plus externes sont cylindriques, les internes irrégulières et en voie de dégénérescence.

La couche musculaire est envahie par des productions adénomateuses.

Les faisceaux musculaires sont parcourus de bandes épaisses de tissu conjonctif inflammatoire.

Les fibres musculaires du corps de l'utérus semblent être hypertrophiés.

Les deux observations que nous avons ne nous montrent pas des lésions secondaires ni des culs-de-sac, ni des ligaments larges, ni des autres parties voisines.

Ce n'est que dans l'observation II que nous trouvons marqué une résistance dans un des culs-de-sac.

Mais on comprend bien que si l'on n'était pas intervenu chirurgicalement de bonne heure, si l'on avait laissé la lésion progresser nous pourrions voir se produire des lésions secondaires telles qu'on rencontre dans la période avancée du cancer de la partie inférieure du canal cervical ou du corps de l'utérus.

Et en effet à l'examen de nos deux pièces nous trouvons que la masse bourgeonnante de l'isthme de l'utérus s'étend d'une part dans la cavité du col et d'autre part remonte dans la cavité utérine.

Alors nous demandons-nous quelles sont les lésions secondaires du cancer de la partie inférieure de la cavité du col d'un côté et celles du cancer du corps de l'utérus de l'autre côté.

L'épithélioma de la portion inférieure du canal cervical a la tendance, comme nous avons vu dans la première partie de notre travail, à s'étendre en bas vers le vagin,

vers le tissu cellulaire pelvien, vers le septum vésico-utérin, rarement vers le rectum.

Envahissant le plancher pelvien les noyaux cancéreux infiltrant les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, infiltrant les nerfs, et les douleurs intenses apparaissent.

Plus tard c'est l'uretère qui est comprimé ; l'urine ne peut pas passer dans la vessie ; le canal s'inflamme, la lésion monte et le rein se prend.

Où les noyaux cancéreux infiltrant le trigon vésical, provoquent une sphacèle qui détruit cette paroi ; il se forme une fistule, l'urine s'écoule dans le vagin et entre les cuisses.

Le cancer du corps de l'utérus en se développant dans l'épaisseur de la paroi utérine par un processus lent d'ulcération la détruit. La paroi perforée, surviennent des adhérences qui protègent la cavité péritonéale ; l'organe envahi est perforé à son tour, il résulte alors des fistules entre l'utérus et l'intestin.

Si les adhérences manquent survient une péritonite mortelle.

Telles sont projetées en grandes lignes les complications principales qui surviennent à la période avancée du cancer de la portion inférieure du canal cervical du col et celui du corps de l'utérus.

Telles probablement elles pourraient être dans le cancer de l'isthme de l'utérus à la période ultime de la lésion.

SYMPTOMATOLOGIE

Nos deux malades sont âgées de 63 ans. L'une souffre depuis 18 mois, l'autre seulement depuis 6 mois, quoique se plaint d'éprouver quelque chose d'anormal dans le bas ventre depuis deux ans.

Le premier symptôme qui apparaît n'est pas de l'hémorrhagie, soit sous forme de ménorrhagie, soit sous celle de métrorrhagie, comme nous l'observons dans les autres variétés du cancer du col, mais ce sont des pertes plus ou moins périodiques, très abondantes, fétides, et précédées de phénomènes très caractéristiques.

Chez l'une comme l'autre de nos malades nous voyons la lésion se manifester presque d'emblée par des douleurs ayant leur siège dans les fosses iliaques et dans les reins, des douleurs d'abord peu intenses et puis allant en croissant pendant 24-36 heures comme dans un cas (Obs. I), pendant quelques jours dans l'autre (Obs. II).

Ces douleurs sont involontaires, périodiques et intenses si bien qu'une de nos malades (Obs I) les a comparées à des douleurs d'une femme en travail d'accouchement.

Après avoir éprouvé une douleur encore plus vive que les précédentes les malades constatent l'apparition d'une perte abondante d'une masse glaireuse, de couleur rousse, d'une odeur fétide, insupportable.

Cette masse est constituée d'un mélange de sang, des caillots et des matières comparables à du blanc d'œuf.

Cet écoulement périodique dure chez la première de nos malades (Obs. I) trois jours, chez l'autre (Obs. II) une heure et demie, et dans les deux cas les pertes sont très abondantes, inondant les garnitures des malades qu'elles sont obligées de renouveler fréquemment.

Après cette période d'expulsion les pertes s'arrêtent brusquement et les malades se trouvent soulagées.

Ces douleurs et ces pertes périodiques se répètent régulièrement chez l'une de nos malades (Obs. II), tous les 8, 15 jours ou 3 semaines, chez l'autre (Obs. I), dans les intervalles aussi réguliers, mais qu'elle ne pouvait pas bien préciser.

Depuis leur première crise elles voient apparaître dans les intervalles de deux crises des petites pertes constantes d'eau rousse, d'odeur fétide.

L'une (Obs. II) au bout de 3 ou 4 mois de l'apparition du premier signe de la lésion voyait même survenir des pertes de sang à peu près continues.

Au toucher et à l'examen au spéculum on trouve le col régulier, lisse, contenant dans son intérieur des végétations dures et inégales.

Chez l'une de nos malades (Obs. I) l'utérus était mobile, les culs-de-sac libres, chez l'autre (Obs. II) il était aussi mobile, mais on constatait dans les deux culs-de-sac latéraux une certaine résistance.

Dans l'un et l'autre cas, l'hystérectomie étant jugée utile, on la pratiqua.

Pendant l'opération il était arrivé dans les deux cas de

déchirer le col au niveau de l'isthme lorsqu'on a produit une légère traction sur le col pour faire abaisser l'utérus et en même temps il s'est produit dans un cas (Obs. I) un fort écoulement de liquide glaireux, fétide, provenant de la cavité utérine.

MÉCANISME

En étudiant en leur ensemble les lésions macroscopiques de l'épithéliome et son siège d'un côté, et le tableau clinique que présente le cancer de l'isthme de l'autre côté, il semble facile de s'expliquer l'évolution de la lésion et le mécanisme par lequel se sont produites les lésions secondaires, telles que la dilatation de la cavité utérine avec hypertrophie du corps et les phénomènes d'expulsion du liquide qui rappellent ceux de l'accouchement.

En effet, les bourgeons multiples que nous trouvons remplissant toute la cavité cervicale expliquent les pertes qui sont survenues plus tard dans les intervalles des crises, comme cela se produit aussi dans les autres variétés du cancer du col.

Mais au début, il est plus que probable que la lésion s'est installée tout à fait en haut, au niveau de l'isthme de l'utérus en bouchant dès le commencement l'orifice interne du col et en même temps le canal cervical.

Comme une partie du néoplasme se trouvait à l'intérieur du corps et y versait ses produits de sécrétion, comme d'autre part la cavité du col était obstruée particulièrement au niveau de l'isthme, le liquide ichoreux ne trouvant pas devant lui libre le canal cervical, s'accumulait dans la cavité utérine.

La lésion progressant, les bourgeons s'installent aussi dans la partie de la cavité utérine avoisinant l'isthme.

Les nouvelles ulcérations augmentent encore par leurs produits formés la quantité du liquide amassée dans la cavité utérine.

N'oublions pas encore un facteur qui favorise la formation du liquide en plus grande quantité.

Nous voulons parler de la métrite de la cavité utérine qui, comme nous avons vu plus haut, accompagne habituellement le cancer du col, soit de la portion vaginale, soit du canal cervical.

Cette grande quantité de masse glaireuse, saigneuse, dilate fortement la cavité utérine et provoque l'hypertrophie des fibres musculaires.

Et à un moment donné la cavité utérine distendue tend à se débarrasser de la masse étrangère, se met à se contracter d'abord faiblement, puis l'obstacle qui bouche l'orifice interne et le canal cervical ne cédant pas, les contractions deviennent de plus en plus fortes, rapprochées, et aussi plus douloureuses.

Ce n'est que au bout de 24 à 26 heures, comme nous avons vu dans un de nos cas (Obs. I), ou quelques jours dans l'autre cas (Obs. II), que l'utérus contracté réussit sinon se débarrasser tout à fait de l'obstacle, qui bouche l'orifice, au moins à affaiblir sa résistance en déchirant probablement les bourgeons formant le bouchon, et après quoi nous voyons s'écouler le liquide en grande quantité.

Au bout d'un certain temps, une heure et demi (Obs. II) ou 3 jours (Obs. I) l'utérus s'étant vidé, l'écoulement s'arrête.

Et puis pendant quelques semaines se produit de nouveau une quantité de liquide qui provoque, d'après le même mécanisme, l'expulsion du contenu de la cavité utérine et ainsi de suite.

DIAGNOSTIC

Se basant sur les symptômes du cancer de l'isthme que nous venons de décrire il est facile de faire son diagnostic.

Le tableau clinique qu'il présente est si différent de celui du cancer de la portion vaginale du col, ou du canal cervical ou du corps de l'utérus, que dès les premières questions que vous posez à la malade vous voyez à quelle variété du cancer du col vous avez affaire.

Le début brusque sans période prémonitoire ; début caractérisé par des douleurs qui vont en croissant pendant 24, 36 heures et parfois plus, suivies d'une expulsion d'une matière glaireuse, abondante, met de suite sur la voie du diagnostic, qui est bientôt confirmé par l'examen direct de l'organe à l'aide du toucher et l'examen au spéculum.

TRAITEMENT

Comme traitement chirurgical il ne peut pas être ici question de l'amputation du col puisque, comme nous l'avons vu, la cavité utérine est toujours prise dans ces cas-là. Il faut donc faire l'extraction complète de l'organe, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale.

Pendant l'opération il faut tâcher de faire de toutes légères tractions sur le col, autrement il se déchire facilement au niveau de l'isthme, ayant soin, à mesure qu'on avance dans le décollement des faces de l'utérus, de saisir des points de plus en plus élevés, n'abaissant qu'avec une certaine force les parties que lorsqu'on est sûr d'avoir dépassé le siège des lésions, lorsqu'en un mot on a placé ces pinces à traction sur le corps même de l'utérus.

Ce sera là, croyons-nous, le moyen d'éviter la déchirure du col qui s'est produite dans les deux cas que nous relatons.

La première malade (Obs. II) était sortie guérie de l'hôpital le 27 juillet 1889. Au bout d'une année elle était reprise de métrorrhagie et elle est morte en septembre 1891.

L'autre malade (Obs. I) était sortie guérie le 27 octobre 1892 et se porte bien jusqu'à présent.

Nous l'avons revue le 16 mai 1893 ; elle ne se plaignait de rien ; elle a repris ses forces. L'examen local ne permet pas de constater la moindre trace de récurrence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. Hartmann)

Mme L..., âgée de 63 ans, concierge, entre le 27 septembre 1892, à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, M. le professeur Terrier, que nous avons l'honneur de suppléer.

Réglée à 17 ans, cette malade l'a toujours été régulièrement sans avoir des pertes blanches. Deux grossesses à terme, l'une à 21 ans, l'autre à 32 ans. Ménopause à 53 ans.

Depuis deux ans elle se plaint d'éprouver quelques sensations vagues dans l'abdomen, mais elle ne se plaint de souffrir réellement que depuis 6 mois. A ce moment, la malade, après avoir souffert pendant quelques jours de douleurs graduellement croissantes est prise d'une douleur beaucoup plus forte qu'à l'ordinaire. et dans la nuit qui suit, elle a une perte assez abondante, assez fétide, constituée, dit-elle, par de l'humeur mêlée de débris plus ou moins jaunâtres et d'une certaine quantité de sang. Cette perte se continue pendant trois jours consécutifs et puis s'arrête complètement.

A la suite de cette perte, la malade est soulagée. Et depuis cette époque elle perd presque constamment un peu de liquide rosé. De plus, de temps à l'autre, elle éprouve des douleurs plus vives que la malade compare à des douleurs d'accouchement; des douleurs qui sont suivis d'une expulsion d'une masse glaireuse,

d'odeur fréquemment fétide, teintée en rouge et mêlée de petits caillots.

Rien de particulier dans ses antécédents si ce n'est que la mère est morte à 45 ans d'un cancer de l'estomac.

Actuellement, il existe un léger degré de cystocèle, une déchirure partielle du périnée. Le col est en place, mobile, le corps volumineux, on ne trouve rien dans les culs-de-sac.

Au spéculum, le vagin est pâle, décoloré comme chez beaucoup de vieilles femmes. Le col est régulier, mais en faisant bailler ses lèvres, on constate dans la profondeur des petites productions végétantes. L'hystéromètre pénètre à 13 centimètres, et détermine un léger saignement.

Le 5 octobre 1892, la malade étant anesthésiée au bromure d'éthyle et au chloroforme, nous faisons avec l'aide de nos internes, MM. Magdelaine et Malsherbe, l'hystérectomie vaginale en présence du D^r Riché, médecin de la malade.

Rien de particulier pendant l'incision circulaire de la muqueuse vaginale. Ouverture facile des culs-de-sac antérieur et postérieur. Deux pinces droites à long mors sont placées sur la partie inférieure des ligaments droit et gauche qui sont sectionnés au même niveau.

Nous exerçons alors une légère traction sur le col pour aborder la partie supérieure des ligaments larges. Au moment de ces tractions se fait une déchirure partielle de l'isthme et le champ opératoire est inondé par une masse abondante de glaires qui viennent de la cavité-utérine.

Après un lavage au sublimé, nous saisissons avec des pinces le corps de l'utérus en l'abaissant, plaçons des pinces sur la partie supérieure des ligaments larges que nous pouvons alors sectionner.

L'utérus enlevé, nous plaçons entre les pinces jusque dans le

péritoine une lanière de gaz iodoformée et entre les pinces et le paroi du vagin des tampons iodoformés plats.

L'examen de la pièce. — L'examen montre l'existence d'une masse végétante qui occupe l'isthme de l'utérus, débordante à la fois dans la cavité du corps et celle du col. Sous la muqueuse de la cavité du corps considérablement agrandie on voit deux noyaux grisâtres, de volume d'un poids.

L'examen histologique fait par M. Lieffring, externe du service, montre que les végétations sont constituées par des épithéliomes cylindriques et que les deux noyaux sous-muqueux sont des petits fibro-myomes.

Le 7 octobre. — Ablation des pinces ; suintement rosé au moment de l'ablation d'une des pinces du ligament large droit.

Le 8 octobre. — Gaz par l'anus.

Le 10 octobre. — Ablation de la mèche de la gaze iodoformée. La guérison a lieu sans aucun incident et la malade sort guérie le 29 octobre 1892.

OBSERVATION II

(Publiée dans la *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 317)

Mme C..., soixante-trois ans, entre le 18 juin 1889 à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, pour un épithélioma intra-cervical.

Cette malade, formée à 19 ans, a toujours été réglée régulièrement ; les règles coulaient deux à trois jours, sans douleurs, ni caillots, à cinquante et un ans, après une perte abondante, elles se sont définitivement arrêtées.

Le début des accidents qui amènent la malade à l'hôpital remonte à dix-huit mois. Jusque-là elle n'avait jamais rien éprouvé du côté de l'utérus. A cette époque elle commençait à être

prise de pertes, qui n'ont jamais cessé et qui se produisent d'une manière spéciale, qu'elle précise très bien.

Tous les huit ou quinze jours en général, quelquefois à des intervalles plus grands, de trois semaines, elle est prise de douleurs dans les fosses iliaques et dans les reins ; ces douleurs vont en augmentant pendant vingt quatre à trente-six heures, au bout desquelles elle a une véritable perte, qui ne dure qu'une heure et demie en moyenne, mais qui est suffisamment abondante pour l'obliger à se garnir et à changer plusieurs fois les serviettes pendant ce court espace de temps. Cette perte est constituée par un mélange de sang et de matière comparables à du blanc d'œuf, le tout d'une odeur infecte. Dès que la perte est terminée les douleurs cessent complètement et, il y a une sensation de bien-être très réelle.

En dehors de ces écoulements périodiques la malade perd constamment un peu d'eau rousse et même depuis trois ou quatre mois, a des pertes rouges à peu près continues.

Depuis le début de ces accidents, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, la malade a considérablement maigri ; il y a quatre à cinq mois elle a eu pendant quelque temps des mictions fréquentes, douloureuses, et il y a deux mois elle a été prise de rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme pendant dix jours.

Rien de particulier à relever dans les antécédents. Deux accouchements faciles, à terme, sans accidents, l'un à l'âge de trente ans, l'autre à l'âge de trente-trois ans.

20 juin. — Le ventre est souple et le simple palper abdominal ne permet de rien constater. Au toucher vaginal, le col est abaissé assez près de la vulve et regarde en avant, l'utérus est en rétroversion légère. Le col est dur, a un contour régulier, lisse ; dans sa cavité, qui admet l'extrémité du doigt, on sent des bourgeons assez durs et inégaux. Il est mobile, mais au niveau des culs-de-sac latéraux, le doigt perçoit une certaine résistance surtout mar-

quée à droite (évasement de l'utérus ? infiltration des ligaments larges ?)

L'examen au spéculum montre que la cavité du col est remplie de bourgeons arrondis, un peu irréguliers cependant, rongés, ulcérés, qui font saillie jusqu'au niveau de son orifice externe.

La malade est pâle, à chairs flasques ; elle a néanmoins bon appétit et n'accuse aucun trouble ni de la miction, ni de la défécation.

8 juillet. — L'anesthésie est faite par M. Delagenière. L'opération est pratiquée par M. Terrier avec l'aide de M. Hartmann. Le col, saisi avec les pinces de Richelot, se laisse facilement abaisser ; mais il est comme pris dans une boutonnière, formée par la partie profonde du vagin trop étroite pour se laisser renverser complètement. La muqueuse vaginale, qui recouvre la face antérieure du col, est incisée ; le doigt décolle la vessie et ce décollement est poussé extrêmement loin. Une étendue correspondant à la longueur totale du doigt est décollée que le cul-de-sac péritonéal n'est pas encore ouvert ; à ce moment cependant on perçoit la résistance du cul-de-sac. On le crève avec l'extrémité d'une longue pince à pression, puis on le déchire à droite et à gauche avec l'extrémité de cette pince.

La muqueuse vaginale qui recouvre la face postérieure du col est alors incisée ; le cul-de-sac ouvert, le doigt déchire quelques adhérences de la face postérieure de l'utérus.

Une pince longue courbe, articulable, est placée sur le ligament large du côté gauche qui est sectionné peu à peu avec des ciseaux mousses. Une deuxième pince est placée sur le ligament du côté droit qu'on sectionne à son tour.

On essaie alors, mais en vain d'extraire l'utérus ; recherchant si tout a bien été sectionné, on constate que la partie supérieure du ligament large du côté droit n'a pas été coupée.

Cette dernière section faite, on cherche à attirer l'utérus au

dehors; le col se dégage; des pincés à traction de Richelot sont alors placées au niveau de l'isthme devenu abordable; mais celui-ci s'écrase sous la pression des pincés et laisse écouler de la saignée cancéreuse. On arrive cependant à placer une pince de Museux sur la partie inférieure du corps qui est volumineux, régulier et lisse, et, bien qu'avec peine, l'on extrait l'utérus.

Cinq pincés à pression sont placées sur l'incision vaginale postérieure; l'incision antérieure ne saigne pas.

Toilette du péritoine avec des éponges montées qui reviennent à peine teintées. Tampons iodoformés.

L'opération a duré cinquante minutes.

La malade est reportée dans son lit, un peu froide; elle reste plusieurs heures très affaissée. Nous la revoyons six heures après l'opération; elle est très bien.

9 juillet. — Pas de vomissements depuis l'opération; faciès très bon, la malade demande à manger.

10 juillet. — On enlève les pincés; la malade se lève et va se promener; on la retrouve sur la terrasse de la salle.

Depuis ce jour la malade a mangé et bu comme tout le monde sans qu'à aucun moment il ait été possible de la tenir complètement alitée. C'est à peine si le 10 et le 11 elle a présenté un très léger degré de météorisme abdominal, et le 13 une petite eschare au sacrum.

Elle sort guérie le 29 juillet.

Un an après elle a été reprise de métrorrhagies. Elle souffrait et s'affaiblissait déjà depuis quelque temps. Elle est morte en septembre 1891.

Examen de la pièce. — Toute la cavité du col est occupée par une masse bourgeonnante qui s'étend jusqu'au-dessus de l'isthme détruisant en grande partie le muscle utérin à ce niveau. La cavité du corps est très dilatée, la paroi musculaire très hypertrophiée.

L'examen histologique fait par M. Lieffring, externe du service, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Faible grossissement. La muqueuse est transformée en tissu aréolaire. Les alvéoles sont les uns vides, les autres tapissés d'une couche épaisse de cellules laissant une large ouverture centrale ; par places la couche épithéliale se détache comme une lamelle de la paroi alvéolaire et flotte dans l'aréole. La couche musculaire est envahie par des productions adénomateuses. Les faisceaux musculaires sont associés par elle et parcourus de bandes épaisses de tissu conjonctif inflammatoire. Ce tissu conjonctif en général adulte et au niveau des parties voisines de la muqueuse, encore à l'état embryonnaire.

Fort grossissement. — Les alvéoles sont tapissés de cellules cylindriques disposées en plusieurs couches. Les plus externes sont nettement cylindriques, les internes sont en voie de dégénérescence. Cellules présentant un gros noyau ovalaire.

CONCLUSIONS

A côté des deux variétés du col de l'utérus qui sont bien connues, il en existe une troisième qui a une symptomatologie bien caractéristique, propre à lui.

Son début presque brusque accompagné des douleurs expulsives intenses et croissant graduellement, avec évacuation au bout d'un temps assez long d'une masse glaireuse, fétide et abondante, suivie de soulagement, met bientôt le praticien sur la voie du diagnostic.

Le siège de la lésion, à cheval sur la cavité du col et sur celle du corps, la dilatation avec hypertrophie du corps de l'utérus qui l'accompagne explique parfaitement ce qu'ont de spécial ces symptômes.

Vu : le Président de la thèse
TERRIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- John Williams.** — On cancer of the uterus. Londres, 1888.
- Delbet.** — Article sur les tumeurs épithéliales de l'utérus dans le T. VIII du Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- S. Pozzi.** — Traité de gynécologie.
- J.-A. Gauthier.** — Des accidents du cancer de l'utérus et de leurs indications thérapeutiques. Thèse de Paris, 1892-1893.
- E. Fraenkel.** — Ueber die Veraenderung des Endometrium bei carcinoma cervicis uteri. Arch. f. gyn. V. XXXIII, Heft, I.
- Gusserow.** — Die Neubildungen des uterus. Berlin.
- Schröder.** — Die Krankheiten der Weiblichen Organen. 7^e édit., 1886.
- Mlle Marie Coutzarida.** — De l'hydroporrhée et de sa valeur seméiologique dans le cancer du corps de l'utérus. Th. de Paris, 1883-84.
- Cayne.** — Epithelioma végétant de la cavité du col. Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1892, XIII.
- Spiegelberg.** — Die diagnose des ersten Stadium des Carcinoma colli uteri. Arch. f. gyn., 1872. Bd. III.
- L. Pichot.** — Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. Paris, 1876.
- Winckel.** — Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1886.
- Elischer.** — Ueber Veraenderung der Schleimhaut des uterus bei carcinoma der Portio vaginalis. Ztsch. f. geb. u. Gyn., 1891, XXII.

